DISSERTATION

N° 245.

SUR

LA PLEURÉSIE CHRONIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-J. GUILLOT, de Saint-Vincent-Jalmoutier,

Département de la Dordogne;

Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris.

Non in medico semper relevetur ut æger;
Interdùm doctâ plus valet arte malum.
OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Suppléant.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET, *Examinateur.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS, *Président.* / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle, *Suppléant.*	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

P.-J. GUILLOT.

A MON PÈRE.

AVANT-PROPOS.

Quand on réfléchit aujourd'hui à la fréquence de la pleurésie chronique, aux altérations profondes qui l'accompagnent, et au grand nombre de victimes qu'elle fait chaque jour, on serait tenté de croire que cette affection occupe le premier rang parmi les maladies connues. Cependant les écrits des anciens n'en font point mention, bien qu'ils renferment des descriptions très-étendues sur les maladies thoraciques, et que l'inflammation aiguë de la plèvre y soit décrite avec quelque soin. *Hippocrate* parle d'abcès qui se développeraient soit dans le parenchyme du poumon, soit dans les muscles intercostaux ou entre ceux-ci et la plèvre, et qui viendraient s'ouvrir dans la poitrine pour y former un empyème. Les auteurs de nos jours sont bien loin de partager son opinion, tout convaincus qu'ils sont de la rareté d'empyèmes dépendans de pareilles affections. Ceux qui écrivirent après le père de la médecine imitèrent son silence et ses erreurs, et vainement chercherait-on dans leurs écrits les moindres notions sur la maladie dont nous parlons. Ce ne fut que vers le milieu du dix-septième siècle que le célèbre *Baglivi* observa cette nouvelle forme de la pleurésie, et la décrivit en peu de mots sous le nom de *pleurésie occulte* ou *cachée*. « *Pleuritides*, dit-il, *frequenter sunt occultæ, quia « indolentes, undè gravissimi errores in praxi succedunt; ut hi in pos- « terum vitentur scopuli, signum dabimus latentes et indolentes pleuri- « tides manifestandi. Fac ut æger in dextrum vel sinistrum latus decum- « bat; decumbenti impera ut fortiter respiret et tussiat; finitâ unâ « aut alterâ respiratione, pete ab illo an inter respirandum ac tussien- « dum dolorem aut gravedinem alicubi in pectore persentiat; quod si*

« *affirmet, pro certo habeto pleuritidinis sedem illic esse, ubi dolorem* « *aut gravedinem indicaverit.* »

Après *Baglivi*, *Stoll* en donna une description plus étendue et plus claire ; mais ne se rendant pas compte des lésions cadavériques, il attribua la formation des fausses membranes et de l'épanchement aux affections du poumon, erreurs bien grandes, puisque rien n'est plus rare que de voir les maladies du poumon donner lieu à l'empyème sans lésions de la plèvre, et que d'ailleurs la pneumonie est presque toujours accompagnée de pleurésie, comme on peut s'en convaincre en lisant l'excellent ouvrage d'un de nos plus célèbres professeurs (*Andral*, Cliniq. m., t. 1^er^.). Ces méprises étaient faciles sans doute à une époque où l'anatomie pathologique était au berceau, et où la méthode de l'auscultation n'avait point été appliquée au diagnostic des maladies de poitrine. Mais à mesure que l'anatomie pathologique a fait des progrès, les lésions de la plèvre ont été mieux connues, et la pleurésie chronique mieux décrite. C'est ainsi que de nos jours les recherches de *Bayle* sur la phthisie pulmonaire, le fameux Traité des phlegmasies chroniques de M. *Broussais*, les travaux de *Laennec*, et quelques observations rapportées par M. *Andral* (ouv. cité), ont jeté tant de clarté sur le diagnostic de cette maladie, et l'ont rendu si facile, qu'il sera désormais impossible à tout praticien tant soit peu versé dans l'art de guérir de la confondre ou d'en méconnaître l'existence.

DISSERTATION

SUR

LA PLEURÉSIE CHRONIQUE.

La pleurésie chronique est quelquefois primitive, et presque toujours alors elle se développe lentement, sans causer de douleur ni même de dérangement notable dans les fonctions; mais le plus souvent elle succède à la pleurésie aiguë. La pleurésie chronique peut occuper tout un côté de la poitrine, être bornée à une portion de l'une des plèvres, ou, ce qui est le plus rare, s'étendre aux deux côtés de la poitrine et les occuper toutes les deux à la fois.

Causes. Les causes capables de déterminer l'inflammation aiguë ou chronique de la plèvre sont, le refroidissement subit de la peau, l'humidité des pieds, les habits mouillés gardés sur le corps après une course rapide ou un exercice pénible, l'exposition de quelques parties du corps à un vent froid ou à un courant d'air, le refroidissement subit des pieds, le coucher sur un terrain humide ou sur l'herbe, les changemens brusques de température, le passage du soleil à l'ombre, l'habitation dans un appartement froid et humide, les boissons froides et les glaces prises lorsque le corps est échauffé.

D'autres causes produisent directement l'inflammation de la plèvre:

tels sont les coups portés sur la poitrine, les contusions, les plaies par instrumens tranchans, piquans; les plaies d'armes à feu, les corps étrangers introduits entre les deux plèvres, la fracture des côtes, les quintes de toux opiniâtres, les efforts violens qui suspendent pendant un certain temps la respiration, et qui obligent le poumon à s'appliquer fortement contre les parois de la poitrine et à faire froisser l'une contre l'autre les surfaces contiguës des plèvres. La pleurésie se développe à la suite de la péricardite, du catarrhe, de la pneumonie, et pendant le courant de la phthisie pulmonaire, soit que les tubercules soient situés profondément dans le parenchyme des poumons, soit qu'on les observe à sa surface immédiatement au-dessous de la plèvre. Il n'est pas rare aussi de la voir survenir pendant la durée des fièvres intermittentes; elle a pour cause alors le frisson qui accompagne chaque accès. Cette observation, faite par *Stoll*, a été très-bien développée par M. *Broussais* (ouvrage cité). Enfin une dernière série de causes sont, la disparition subite de la goutte, la répercussion d'un exanthème, la suppression des menstrues, des hémorrhoïdes, des lochies; les excès dans les boissons fermentées, et les abus dans les plaisirs de l'amour.

Prédispositions. Toutes les causes que nous assignons à la pleurésie agiront sans doute avec d'autant plus d'efficacité que les individus y seront mieux prédisposés. Au nombre des prédispositions, on compte le tempérament sanguin, l'âge adulte, le sexe masculin, les sujets faibles, grêles, une poitrine étroite ou qui n'est pas en rapport avec le reste du corps, la petitesse du poumon jointe à une grande irritabilité de cet organe, la distribution irrégulière des organes de la nutrition, tels qu'un cœur et des vaisseaux sanguins très-développés avec une poitrine étroite; certaines professions, comme celle de tisserand: M. *Broussais* a observé fréquemment la pleurésie chronique se développer chez les soldats du train.

Invasion. Lorsqu'une pleurésie aiguë bien caractérisée ne se termine

pas en quelques jours par le retour à la santé, qu'à la douleur aiguë, pongitive, circonscrite, en succède une autre obtuse, étendue, mobile; si en même temps la chaleur de la peau est calme, et que la fréquence du pouls, la toux et la dyspnée persistent, on doit être presque certain que l'inflammation aiguë est passée à l'état chronique; cette certitude augmente si le malade, après s'être couché indifféremment sur l'un ou l'autre côté, ne se trouve bien que sur l'un d'eux. Quelquefois, dans des pleurésies peu intenses en apparence, la douleur est emportée subitement par un vésicatoire; le malade reprend ses occupations habituelles, mais il ne tarde pas à s'apercevoir que la guérison n'est point achevée : les forces ne reviennent pas, les digestions se font mal; il tousse toujours un peu, il a de temps en temps de la fièvre, surtout s'il vient à prendre de l'exercice; et au bout d'un temps plus ou moins long, tous les symptômes s'exaspèrent; la douleur se fait sentir de nouveau; la toux, la dyspnée, augmentent; la fièvre devient continuelle, et il est obligé de garder le lit. La pleurésie chronique primitive a presque toujours un développement obscur. Sous l'influence de quelqu'une des causes que nous avons énumérées, et souvent sans cause connue, le malade éprouve de temps en temps du malaise, quelquefois des douleurs irrégulières qui semblent parcourir toute la circonférence de la poitrine; plus tard, la respiration devient gênée et la toux plus fréquente; le sommeil est interrompu, la nutrition s'altère, les forces s'épuisent, la fièvre devient continuelle, et la pleurésie chronique est confirmée.

Symptômes locaux. La douleur est un des signes les plus constans de la pleurésie chronique; mais on ne la rencontre pas toujours. Quand elle existe, elle présente de nombreuses variétés qui sont relatives à son siége, son intensité et sa durée. On l'observe le plus souvent à la partie antérieure de la poitrine, au niveau de l'un ou de l'autre sein, le long du rebord cartilagineux des fausses-côtes, à l'épigastre; on l'a vue se faire sentir jusque dans les flancs; on la rencontre au niveau ou au-dessous des clavicules, le long du sternum,

dans le creux de l'aisselle, et en arrière vis-à-vis l'omoplate, et dans d'autres points du dos; elle peut s'étendre à tout un côté de la poitrine ou à tous les deux en même temps, ou se montrer dans plusieurs points successivement. Quel que soit le siége qu'elle occupe, il est rare qu'elle ne soit pas augmentée par les quintes de toux, les efforts violens, la percussion et la pression intercostale.

La douleur est ordinairement faible dans la pleurésie chronique; le malade ne s'en plaint que comme d'un simple malaise; quelquefois cependant elle est aussi forte que dans la pleurésie aiguë. On en observe un assez grand nombre qui ne sont révélées par aucune douleur; d'autres fois celle-ci ne se montre que de temps en temps, soit à la suite des quintes de toux, des écarts de régime, ou pendant les changemens de température. Dans d'autres cas, après avoir été très-vive dès le début, elle s'adoucit, ou cesse complètement pour ne plus reparaître. Enfin il arrive que la douleur, après avoir disparu, se montre de nouveau avec plus ou moins de force, et ne se calme plus jusqu'à la mort.

Les sujets affectés de pleurésie chronique se plaignent généralement de gêne dans la respiration. Cette difficulté de respirer s'observe surtout quand ils éprouvent quelque douleur dans la poitrine, lorsqu'ils font de grands mouvemens, et qu'ils parlent long-temps. On voit ordinairement la gêne de la respiration augmenter à mesure que l'épanchement devient plus abondant. Cependant on trouve fréquemment des individus qui respirent librement alors même que la percussion et l'auscultation font reconnaître une quantité considérable de liquide épanché. Le plus souvent la toux n'est point fréquente; les malades n'en éprouvent qu'à des intervalles éloignés; et si elle offre de l'exacerbation, ce n'est guère que la nuit, après le repas et pendant les accès de fièvre. Quelques-uns ne toussent point pendant tout le cours de la maladie; cela s'observe principalement chez ceux qui sont peu irritables, et lorsque l'inflammation de la plèvre ne s'accompagne pas de l'irritation des bronches. La toux est ordinairement sèche dans le début de la maladie, ensuite elle devient humide et

s accompagne de crachats épais, filans, ayant la plus grande ressemblance avec ceux de la bronchite chronique. La quantité du liquide expectoré est très-variable; peu abondante dans le plus grand nombre des cas, elle est quelquefois très-considérable : ce phénomène arrive surtout par suite de communications entre la cavité des plèvres et les bronches ; le plus souvent alors le liquide est expectoré à flots par la bouche et les fosses nasales. Les auteurs citent beaucoup de faits semblables; et moi-même j'ai vu plusieurs cas de ce genre, notamment celui d'un Brésilien qui succomba à l'Hôtel-Dieu au mois de janvier dernier, et chez lequel nous trouvâmes une ouverture très-large pratiquée dans le parenchyme pulmonaire. L'odeur des crachats est rarement fétide; le plus souvent elle est fade, quelquefois alliacée, semblable à celle de l'hydrogène phosphoré, gangréneuse et extrêmement repoussante. Lorsque l'expectoration est aussi abondante que nous venons de l'indiquer, les sujets s'affaiblissent, s'épuisent, et meurent le plus souvent comme en syncope. Dans d'autres cas, plus rares, le foyer, après s'être vidé complètement, perd peu à peu de son étendue; ses parois se rapprochent, s'unissent, et le malade guérit.

On a regardé pendant long-temps le décubitus sur le côté affecté comme un signe pathognomonique d'un épanchement dans les plèvres. D'après les recherches qui ont été faites à cet égard, et d'après mes propres observations, j'ai pu me convaincre que le plus souvent les pleurétiques se couchent sur le dos, plus rarement sur le côté affecté ou dans une position intermédiaire; que dans quelques cas ils se trouvent également bien sur l'un ou l'autre côté, et dans d'autres enfin ils sont obligés de se tenir assis sous peine de suffocation. Au reste, on les voit quelquefois changer plusieurs fois de position pendant le cours de la maladie; cela s'observe surtout si quelque douleur vient à se montrer dans la poitrine.

Indépendamment des symptômes que nous venons d'énumérer, il en est d'autres qui n'offrent pas moins d'intérêt lorsqu'il s'agit de constater l'existence de cette affection. Si l'on compare attentivement

les deux côtés de la poitrine, il n'est pas rare de voir qu'ils présentent quelque différence sous le rapport de leur forme et de leur étendue; le côté affecté est plus bombé et plus large; les côtes sont écartées, les espaces intercostaux plus prononcés, et présentent même quelquefois de la fluctuation. Dans d'autres cas, extrêmement rares à la vérité, le liquide est venu produire l'œdème des tégumens de la poitrine et y former des tumeurs volumineuses. Lorsque la dilatation de la poitrine est portée aussi loin, il est très-facile de la reconnaître; mais il s'en faut de beaucoup que ce phénomène soit constant; on ne l'a pas même rencontré dans des cas où on a trouvé plusieurs livres de liquide épanché. Pour reconnaître le degré de dilatation de la poitrine, il faut la mesurer avec un ruban dont on fixe une extrémité sur une apophyse du dos et l'autre sur le sternum. Ce mode d'exploration s'appelle *mensuration*. A l'aide de ce moyen, on a vu que la dilatation de la poitrine pouvait être portée jusqu'à un pouce et même un pouce et demi. La quantité de sérosité contenue dans la poitrine est extrêmement variable. Tantôt le liquide épanché est en petite quantité; alors on le voit s'élever à une plus grande hauteur en arrière qu'en avant; tantôt il remplit presque entièrement un des côtés de la poitrine; tantôt enfin il produit un développement considérable du thorax. Lorsque ce dernier cas existe, la maladie est rarement curable. Néanmoins on a vu le liquide se faire jour à travers les tégumens ou à travers les bronches, s'écouler au dehors, et les malades guérir. A mesure qu'un épanchement se forme, un changement remarquable s'opère du côté des poumons; ces organes, se trouvant pressés par la sérosité, prennent de moins en moins de volume, et finissent par n'occuper qu'un très-petit espace dans la poitrine; ils sont refoulés contre la colonne vertébrale, et ce n'est quelquefois qu'avec peine qu'on parvient à les découvrir. Lorsque le liquide épanché vient à diminuer, le côté dilaté se rétrécit et présente en moins, après la résorption du liquide, ce qu'il avait en plus pendant l'existence de l'épanchement. On voit, en outre, que ce côté rend un son obscur à la percussion, et que le bruit respiratoire y est moins sensible. La

colonne vertébrale présente une légère courbure de ce côté, l'épaule correspondante est moins élevée que l'autre, le sujet est penché, et semble boiter dans la progression. On a remarqué que les personnes qui présentent cet état ne se portent plus aussi bien qu'avant leur maladie, qu'elles ont la respiration courte, un peu gênée, mais qu'elles jouissent d'une santé satisfaisante.

Chez presque tous les sujets affectés de pleurésie chronique, la percussion donne un son mat dans tous les points qui correspondent à l'épanchement. Ce signe n'indique pas, à la vérité, qu'il s'agisse plutôt d'une pleurésie que d'une pneumonie; mais à l'aide d'autres signes que nous ferons connaître, nous verrons qu'il est de la plus haute importance. Dans les épanchemens non circonscrits, la matité est d'autant plus prononcée qu'on percute plus inférieurement vers la base de la poitrine (nous supposons le sujet assis). Cependant la percussion n'apprend quelquefois rien sur l'existence d'un épanchement; cela s'observe dans quelques cas de pleurésies interlobulaires ou diaphragmatiques, ou bien lorsque le liquide épanché est en très-petite quantité, et se trouve à la base du poumon droit, où l'on observe habituellement une matité plus ou moins prononcée.

Si l'on applique l'oreille sur la poitrine, et que l'on compare la respiration sur l'un et l'autre côté, on est bientôt convaincu que, du côté malade, le bruit respiratoire est plus faible que du côté sain, ou qu'il est complètement nul. Lorsque le liquide est en petite quantité, le bruit respiratoire s'entend encore bien partout, mais beaucoup plus faiblement; à mesure que l'épanchement augmente, il devient de plus en plus faible, et lorsque l'épanchement est devenu considérable, toute espèce de bruit a disparu. Cette absence de bruit respiratoire s'observe en avant, sur les côtés de la poitrine et en arrière, excepté vers la racine du poumon, et se montre progressivement de la base du thorax jusqu'à son sommet. Du côté opposé, au contraire, le bruit est le même ou plus fort que dans l'état physiologique. Lorsque l'épanchement vient à diminuer, le bruit respiratoire recommence à se faire entendre du sommet à la base de la poitrine. Ainsi, il de-

vient plus fort à la racine du poumon, où il n'avait pas cessé d'exister, et se montre à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, au-dessus de l'épaule, puis successivement dans tout le côté affecté ; mais il reste long-temps faible, et quelquefois il ne revient jamais aussi net qu'avant la maladie.

Il arrive quelquefois qu'au lieu de l'absence du bruit respiratoire on entend au contraire, dans les endroits où la poitrine donne un son mat, un bruit beaucoup plus fort que celui du côté opposé. Ce bruit, qui n'a lieu que dans la pleurésie avec épanchement et dans la pneumonie au second ou au troisième degré, a reçu le nom de *respiration bronchique*. Ce signe, qui serait d'une grande valeur, est rare dans la pleurésie chronique.

Lorsqu'on fait parler le malade pendant qu'on a l'oreille appliquée contre sa poitrine, on voit, dans certains cas, que sa voix est aiguë, saccadée, ou qu'elle a quelque rapport avec celle d'un homme qui tiendrait un jeton entre ses dents. Cette modification de la voix s'appelle *égophonie* (voix chevrotante, voix du polichinelle). L'égophonie ne se montre que dans les cas où l'épanchement est médiocre et qu'il forme une légère couche autour du poumon; aussi ne l'observe-t-on presque jamais dans la pleurésie chronique, l'épanchement étant presque toujours très-considérable. Quelques médecins, depuis *Hippocrate*, ont prétendu qu'en saisissant un pleurétique par le tronc, et en lui imprimant quelques secousses, on entendait le bruit d'un flot de liquide. Ce bruit n'est possible que dans les cas où de l'air ou de la vapeur occupent la partie supérieure du liquide; car si toute la cavité de la poitrine est remplie par le liquide, il est évident que tout ballottement devient impossible. J'ai vu chercher et j'ai cherché moi-même ce ballottement sans avoir pu le constater. Cependant, M. *Broussais* a rapporté une observation d'un pleurétique qui sentait comme un flot de liquide dans la poitrine sans qu'on ait trouvé d'air dans la plèvre. *Morgagni* en cite une autre; mais dans celle-ci on ne parle pas de l'état du poumon; et il serait bien possible qu'il existât quel-

que perforation dans le parenchyme ; car le liquide était verdâtre, comme cela s'observe quelquefois dans ces cas-là.

Symptômes généraux. Les symptômes généraux qui accompagnent l'inflammation chronique de la plèvre sont très-variables. Chez quelques malades on ne trouve pas de fièvre ; la chaleur de la peau est à peine augmentée ou à l'état physiologique. Chez d'autres, c'est une grande difficulté de respirer, avec chaleur à la peau et grande fréquence dans le pouls. Quelquefois les symptômes généraux sont réduits à la pâleur du visage, à la diminution des forces et de l'embonpoint ; tantôt ils consistent dans une toux fatigante avec fièvre et sueurs nocturnes, tantôt enfin dans une fièvre continuelle, qui s'exaspère vers le soir. Au reste, toutes ces variétés sont relatives à l'état du sujet, à sa plus ou moins grande irritabilité et à la quantité du liquide épanché.

Durée et terminaison. La pleurésie chronique a ordinairement une durée fort longue, soit qu'elle doive se terminer par la mort ou par le retour à la santé. Lorsqu'elle doit se terminer d'une manière fâcheuse, l'épanchement fait des progrès, la dyspnée augmente de plus en plus, les forces s'épuisent, les traits de la physionomie s'altèrent, la susceptibilité de l'estomac devient telle qu'il ne peut plus rien conserver ; la fréquence du pouls augmente, la fièvre hectique se déclare, et le malade succombe. D'autres fois il survient une infiltration des membres ou des tégumens de la poitrine, des sueurs nocturnes générales ou partielles et une diarrhée colliquative ; quelquefois enfin le malade succombe sans avoir éprouvé beaucoup de gêne dans la respiration, ni d'amaigrissement bien prononcé. Lorsque la pleurésie doit se terminer heureusement, on voit le mouvement fébrile cesser peu à peu, les digestions se faire mieux, l'appétit renaître, les forces et l'embonpoint augmenter, et progressivement le malade entre en convalescence.

Variétés. — Pleurésies doubles. Dans ces espèces de pleurésies, le diagnostic présente généralement de grandes difficultés. Les malades ne se plaignent le plus souvent d'aucune douleur; seulement ils éprouvent beaucoup de gêne dans la respiration et une toux fréquente; dans d'autres cas, très-rares, une vive douleur se manifeste soit dans la poitrine, soit dans un côté seulement, et s'accompagne de symptômes généraux très-prononcés; enfin, dans des cas plus communs, la douleur est légère, étendue, et facile à confondre avec les douleurs rhumatismales. Nous ajouterons que chez quelques sujets la dilatation de la poitrine est comme convulsive, et que les efforts de la toux donnent à la face une couleur brune. La percussion n'offre que peu de ressources dans ces maladies; car la poitrine rendant ordinairement dans tous les points percutés un son obscur, il n'y a plus moyen d'établir de comparaison; il n'en est pas de même de l'auscultation, qui offre des signes d'une grande valeur. Les pleurésies doubles sont des maladies graves; elles font périr les malades en très-peu de temps.

Pleurésies diaphragmatiques. Les anciens ont décrit ces affections sous le nom de *paraphrénésies.* Elles sont caractérisées par des douleurs qui se font sentir à l'épigastre, dans les flancs, et qui s'étendent même quelquefois jusqu'aux épines iliaques; les sujets se tiennent assis sur leur lit ou penchés en avant; la respiration est gênée, et s'exécute par les mouvemens successifs d'élévation et d'abaissement des côtes. La percussion donne rarement des signes propres à les faire connaître; il en est de même de l'auscultation.

Pleurésies circonscrites. Le diagnostic de ces maladies est généralement très-difficile à établir pendant la vie, soit parce que l'épanchement se trouve situé très-profondément, comme dans les pleurésies interlobulaires; soit parce qu'il est en très-petite quantité, et exactement bordé par des fausses membranes. Ce sont probablement ces

diverses pleurésies, surtout les interlobulaires, que les anciens ont si souvent prises pour des vomiques.

Complications. De toutes les maladies qui accompagnent la pleurésie chronique, la pneumonie et la péricardite sont les plus fréquentes. Dans un plus petit nombre de cas on observe des signes de pneumothorax, de phthisie pulmonaire, de fièvre intermittente et de péritonite. Quant à l'inflammation du tube digestif, nous la mettrons au nombre des affections qui ne compliquent que rarement la pleurésie chronique, si nous observons que, dans les cas où elle se montre avec des symptômes bien tranchés, la pleurésie est en même temps compliquée de tubercules pulmonaires.

Prognostic. Le prognostic de la pleurésie chronique est généralement très-grave; on pense cependant que les malades guérissent dans plus de la moitié des cas. Au reste, le prognostic est d'autant plus fâcheux que les sujets sont plus faibles, l'épanchement plus abondant, la maladie plus ancienne, et les symptômes locaux et généraux plus intenses; il est évident aussi que la nature du liquide épanché influe beaucoup sur la curabilité de la maladie; enfin le siége de l'inflammation fait aussi varier la gravité du prognostic.

Lésions organiques. Chez les individus morts de pleurésie chronique, la plèvre offre en général une rougeur plus foncée qu'à la suite de la pleurésie aiguë. Cette rougeur se montre sous la forme de points ou de taches plus ou moins larges, séparées par des intervalles où la plèvre est moins colorée; rarement elle est uniforme et très-étendue. La plèvre, qui ne paraît pas augmentée d'épaisseur dans la majorité des cas, présente toujours une opacité remarquable dans tous les points occupés par l'inflammation; dans d'autres cas, elle offre des escharres plus ou moins nombreuses. Ces escharres se montrent sous la forme de taches brunes qui se séparent de la plèvre et laissent des ulcérations brunes ou livides, autour desquelles la plèvre est rouge et in-

jectée, ou entraînent la perforation de cette membrane; enfin, dans quelques circonstances, la plèvre est couverte de granulations qui offrent une couleur variable, et qui la font paraître comme bosselée.

La sérosité épanchée dans la poitrine offre le plus ordinairement une couleur citrine ou fauve. Rarement limpide, elle a quelquefois toute l'apparence du pus. Dans quelques cas, elle est colorée en rouge plus ou moins foncé, et contient quelques caillots de sang. L'odeur fournie par l'épanchement est le plus souvent fade; quelquefois on l'a trouvée alliacée, gangréneuse, et extrêmement repoussante. Indépendamment du liquide dont nous venons de parler, on trouve quelquefois de l'air dans la cavité des plèvres. Cette complication de la pleurésie chronique avec le pneumo-thorax est due le plus souvent à une communication entre la plèvre et le poumon, et s'annonce pendant la vie par des signes particuliers que nous allons faire connaître, et qui sont fournis par l'auscultation, savoir : le *tintement métallique* et le *bourdonnement amphorique*. Le *tintement métallique* est un bruit à peu près semblable à celui que ferait entendre une coupe de métal ou de porcelaine frappée légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisserait tomber un grain de sable; ce bruit est ordinairement faible pendant la respiration, mais on l'entend assez bien pendant que le malade parle ou tousse. Le tintement métallique annonce toujours la présence de l'air et d'un liquide dans la plèvre; mais il ne dénote pas toujours l'existence d'une lésion matérielle qui ferait communiquer la plèvre avec les bronches, puisqu'on a observé ce bruit dans des cas où la plèvre et le poumon étaient parfaitement sains.

Le *bourdonnement amphorique* est semblable au bruit qu'on obtient en soufflant dans une bouteille. Ce bruit se rattache au moins à deux communications entre la cavité de la plèvre et les bronches, ou à une seulement, mais très-étendue. On l'entend durant la toux et pendant que le malade parle, respire.

Les fausses membranes tapissent les plèvres dans une plus ou moins grande étendue. Bornées aux endroits où siége l'inflammation, ces

productions morbides présentent de nombreuses variétés par rapport à leur consistance et à leur couleur. Elles sont variables aussi suivant que la pleurésie s'est présentée à l'état chronique dès le début, ou est passée de l'état aigu à l'état chronique. Dans le premier cas, elles sont le plus souvent molles, friables, et se détachent avec facilité de la plèvre ; alors elles se mêlent en grande quantité à la sérosité épanchée et lui font prendre l'apparence du pus. D'autres fois elles occupent la partie la plus déclive de l'épanchement, et y forment des masses considérables, dures et altérées, au point qu'on les a regardées comme de la matière tuberculeuse. Lorsque la pleurésie s'est présentée d'abord à l'état aigu, les fausses membranes sont généralement plus denses, plus épaisses et plus difficiles à détacher des surfaces où elles sont appliquées. Il n'est pas rare dans ces cas, surtout si l'épanchement a diminué, de les voir se porter de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, et de séparer la cavité de la poitrine en plusieurs loges dans lesquelles on trouve un liquide ordinairement épais. Quelquefois on les a trouvées ayant la consistance des cartilages, des tissus fibreux et même osseux. Quelle que soit la consistance des fausses membranes, elles présentent généralement une couleur blanchâtre ou jaunâtre. Quelquefois elles paraissent rouges et comme teintes de sang. Les fausses membranes telles que nous venons de les décrire paraissent susceptibles de s'organiser à la longue, et de prendre plus ou moins l'apparence de la séreuse qu'elles tapissent. Une fois qu'elles sont organisées et devenues des tissus vivans dans l'économie, les fausses membranes fournissent une exhalation à la manière des plèvres, peuvent devenir le siége d'une inflammation et se couvrir de fausses membranes de nouvelle formation. Recouvert de fausses membranes plus ou moins épaisses, le poumon est le plus souvent refoulé d'avant en arrière, et de bas en haut sur la colonne vertébrale et le médiastin ; rarement de haut en bas ou d'arrière en avant. Il est réduit à la moitié, au quart de son volume, quelquefois même aplati, au point de ne plus présenter que six et même quatre lignes d'épaisseur (*Laennec*). Son tissu est blanchâtre ou grisâtre, et ne crépite plus ; il crie sous le

scalpel qui le divise, et présente une densité remarquable. Ses vaisseaux sont privés de sang et ses bronches rétrécies. En général, le poumon n'est plus perméable à l'air. Dans quelques cas cependant, il est possible de lui rendre par l'insufflation une partie de son volume primitif. Il est remarquable en outre par les autres altérations morbides qu'il présente, telles que des tubercules, des traces d'inflammation et de congestion sanguine.

Traitement. Lorsqu'une douleur survient dans la poitrine pendant le cours de la pleurésie chronique, et s'accompagne de fréquence dans le pouls, il faut faire des applications de sangsues, en petit nombre, sur tous les points douloureux, et les répéter d'autant plus souvent que le mouvement circulatoire est plus rapide.

On doit employer les mêmes moyens dans les cas où la douleur, quoique légère ou momentanée, s'accompagne de force, de fréquence dans le pouls et de chaleur a la peau. Il faut bien prendre garde toutefois, en employant les évacuations sanguines, de les porter trop loin et de causer au malade des pertes qu'il lui serait difficile de réparer.

Si, au contraire, la douleur de côté ne s'accompagne pas de chaleur à la peau ni de fréquence dans le pouls, on emploiera de préférence les ventouses scarifiées, qui ont sur les sangsues l'avantage de produire un dégorgement local uniforme, de faire aussi bien cesser la douleur, et de permettre mieux d'apprécier la quantité du sang qu'on soustrait au malade. Si les émissions sanguines locales ne produisent aucun amendement, il faut recourir à la diète, aux boissons adoucissantes et au régime. Une diète sévère serait plutôt nuisible qu'utile dans le traitement de la pleurésie chronique. Aussi ne doit-elle être mise en usage que dans les momens d'exacerbation. Le régime doit être végétal et lacté. Si le malade digère bien le lait, il peut le prendre pur, mêlé à quelques mucilagineux, ou avec un peu de pain blanc. Les fécules, les fruits, sont ensuite ce qui lui convient le mieux. Mais il importe de fixer la quantité ou le poids de ce qu'il en doit prendre,

afin de ne pas l'exposer à des écarts de régime qui auraient les suites les plus fâcheuses. Il est important aussi qu'il garde le repos et le silence, et qu'il évite toutes les causes qui pourraient exercer quelque influence sur son état.

Les révulsifs appliqués sur la peau produisent généralement aussi de bons effets dans le traitement de cette maladie ; mais il ne faut les employer que lorsque toute espèce de mouvement fébrile a disparu. Ainsi on promène des vésicatoires sur tous les points de la poitrine ; on en établit à demeure sur les bras.

Le séton, appliqué aux parois de la poitrine, est fort utile lorsqu'on veut entretenir une longue suppuration ; mais il faut qu'il ne détermine pas une trop vive excitation. Le cautère et le moxa sont conseillés dans les mêmes circonstances et concourent au même but.

Les purgatifs répétés à de courts intervalles sont des moyens puissans qu'il faut administrer toutes les fois que l'état du tube digestif le permet.

Quant aux diurétiques, on les voit rarement produire de bons effets ; ce sont des médicamens infidèles, qui sont loin de mériter les éloges qu'on leur a prodigués.

Quelques médecins conseillent les bains et les douches de vapeurs bornés à la poitrine. Ces moyens peuvent être avantageux comme excitans ; mais je ne sais si l'impression du froid, qu'on ne peut guère éviter à la sortie des bains, n'ôterait pas l'avantage de cette médication.

Enfin on a conseillé, comme dernière ressource de guérison, l'opération de l'empyème. *Laennec* prétend qu'on doit se décider à cette opération, « 1°. lorsque, dans une pleurésie aiguë, l'épanche-« ment, très-abondant dans le début, augmente avec une telle rapi-« dité, qu'au bout de quelques jours il détermine un œdème général « ou local, et peut faire craindre la suffocation ; 2°. lorsque, dans « une pleurésie chronique, l'œdème du côté affecté s'est manifesté ;

« lorsque la longue durée de la maladie, l'amaigrissement et l'affai-
« blissement général du malade, et le défaut de succès de tous les
« moyens employés pour déterminer la résorption du liquide épan-
« ché, ne laissent plus aucun espoir de réussite par cette voie. » Nous croyons que les cas où l'on doit opérer doivent être extrêmement rares, à cause des nombreux obstacles qui s'opposent au succès de cette opération, tels que les tubercules, les excavations du poumon, l'impossibilité qu'a cet organe de revenir sur lui-même, les inconvéniens de l'introduction de l'air dans la poitrine, l'inflammation de la plèvre déjà existante, les dangers de la déterminer, si elle est éteinte, et la difficulté de distinguer dans tous les cas, comme peut-être ceux dont parle *Laennec*, où l'épanchement n'a pu se résoudre, s'il y a pleurésie avec épanchement ou hépatisation du poumon. Nous dirons donc avec M. *Andral* : « Cette opération ne nous semble devoir
« être tentée que lorsque, outre les signes ordinaires de l'épanche-
« ment, il y a dilatation non douteuse du thorax, et fluctuation
« manifeste à travers les espaces intercostaux qui, rejetés au dehors,
« dépassent le niveau des côtes. »

Quoique le traitement de la pleurésie chronique se réduise essentiellement aux moyens que nous avons indiqués, il en est d'autres qu'il importe de connaître, et qui s'appliquent aux maladies qui viennent la compliquer. Ainsi, lorsqu'il survient des palpitations et d'autres signes d'affection du cœur, outre les émissions sanguines, sur lesquelles il faut insister, autant que le permet la force du sujet, on emploie avantageusement la digitale et ses diverses préparations, lorsque toutefois l'état des voies digestives en permet l'administration.

On doit combattre promptement les accès de fièvre intermittente qui viennent s'ajouter à la pleurésie chronique par l'usage du quinquina. Quelquefois, par suite de la prédominance séreuse qui s'établit dans les dernières périodes de la maladie, il arrive un surcroît d'op-

pression et de dyspnée, qui réclame impérieusement l'usage des diurétiques, tels que les diverses préparations scillitiques, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Enfin la compression, tentée par quelques praticiens, a réussi merveilleusement dans les cas d'œdème des membres inférieurs.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 25.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Duobus dolóribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

IV.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

V.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

VI.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.